

Anmeldung

Hiermit melde ich mich bei der Fußballakademie „**art of soccer**“ UG an.

Die Geschäftsführung der Fußballakademie „**art of soccer**“ UG kann bei schwerwiegenden Bedenken die Teilnahmeerklärung verweigern.

Wir weisen Sie darauf hin, dass ausreichend Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes getroffen werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit den AGB der Fußballakademie „**art of soccer**“ UG einverstanden bin. Diese finden Sie auf unserer Homepage im Internet unter www.art-of-soccer.de.

Mit der Anmeldung bestätige ich, dass alle gemachten Angaben korrekt sind.

Ich stimme zu, dass Bilder und Berichte von den Veranstaltungen veröffentlicht werden - dadurch nehme ich die Risiken für eine eventuelle Persönlichkeitsverletzung hin.

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße / Nr.:	_____	PLZ / Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geschlecht:	_____
Telefon / Festnetz:	_____	Mobil:	_____
E-Mail:	_____	Medikamente:	_____
Krankheiten:	_____		_____
	_____		_____
Aktueller Verein:	_____	Position /-en:	_____

Leistungsumfang (Bitte ankreuzen)

- Paket 1:** 8 Praxis +2 Theorieeinheiten im Monat
11,90 Euro pro Einheit (Im Monat 119,00 Euro)
Bei Geschwistern zahlt jede weitere Per. 100,00 Euro
- Paket 2:** 4 Praxiseinheiten im Monat
19,75 Euro pro Einheit (Im Monat 79,00 Euro)
Bei Geschwistern zahlt jede weitere Per. 60,00 Euro

Vertragslaufzeit 12 Monate, kündbar

Bekleidung Jeder Teilnehmer/-in bekommt:
1x T-Shirt, 1x Regenjacke, 1x Kurze Kose, 1x ein paar Stutzen und
1x Trainingsanzug im Wert von 190,00 Euro.
(Selbstbeteiligung 75,00 Euro)
Konfektionsgröße: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

(Bei Teilnehmer unter 18 Jahre Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00002294304

Mandatsreferenz: _____

Ich/Wir ermächtigen die Fußballakademie „**art of soccer**“ UG Zahlungen von dem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Fußballakademie „**art of soccer**“ UG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen *

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bankverbindung:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

(Bei Teilnehmer unter 18 Jahre Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

* Bei entstehenden Gebühren wegen Rücklastschrift, werden diese in Rechnung gestellt.